



UFFICI AMMINISTRATIVI

SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE

Lungarno Pacinotti, 44
56100 Pisa
Tel. 050/2212140
Fax 050/2212663
E-mail spp@adm.unipi.it

QUESTIONARIO AD USO DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E DEL MEDICO COMPETENTE

Scheda individuale di:

Struttura di appartenenza:

Indirizzo della sede abituale di lavoro:

.....

Informazioni a cura della persona che svolge attività all'interno della struttura

Quadro 1

Nato/a a: il

Data assunzione/inizio rapporto

Data di fine rapporto (in tutti i casi diversi da contratto a tempo indeterminato)

Invalidità: NO SI Percentuale di invalidità:

Descrizione dettagliata delle attività lavorative abitualmente svolte

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quadro 2

Argomento di ricerca/lavoro svolto prevalentemente e relativo titolare:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del lavoratore

QUADRO A	INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE SUL LAVORATORE
-----------------	--

- Dipendente con contratto a tempo indeterminato
- Dipendente con contratto a tempo determinato
- Non dipendente
- Dipendente di altro ente in convenzione con l'Università di Pisa

Qualifica:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente/Ricercatore | <input type="checkbox"/> Tecnico | <input type="checkbox"/> Amministrativo | <input type="checkbox"/> Bibliotecario |
| <input type="checkbox"/> Tirocinante | <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Tesista | <input type="checkbox"/> Dottorando |
| <input type="checkbox"/> Specializzando | <input type="checkbox"/> Assegnista | <input type="checkbox"/> Collaboratore esterno | |
| <input type="checkbox"/> Altro: | | | |

Mansione lavorativa formalmente attribuita (anche con ordine di servizio):

QUADRO A 1	INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE SUL LUOGO DI LAVORO
-------------------	---

Abituali luoghi di lavoro:

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aule | <input type="checkbox"/> Uffici | <input type="checkbox"/> Strutture sanitarie |
|-------------------------------|---------------------------------|--|

Laboratori:

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chimici | <input type="checkbox"/> Biologici | <input type="checkbox"/> Fisici/ingegneristici | <input type="checkbox"/> Officine/falegnamerie |
| <input type="checkbox"/> Stabulari | <input type="checkbox"/> Servizi generali | <input type="checkbox"/> All'aperto | <input type="checkbox"/> Poderi |

Identificativo del laboratorio/ufficio prevalentemente frequentato:

- Illuminazione (naturale):**
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sempre Confortevole | SI | NO | Scarsa in alcune ore | SI | NO | Scarsa tutto il giorno | SI | NO |
| Eccessiva tutto il giorno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eccessiva in alcune ore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Illuminazione (artificiale):**
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sempre Confortevole | SI | NO | Scarsa in alcune ore | SI | NO | Scarsa tutto il giorno | SI | NO |
| Eccessiva tutto il giorno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eccessiva in alcune ore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Temperature (stagione fredda): Confortevole Troppo caldo Troppo freddo

Temperature (stagione calda): Confortevole Troppo caldo Troppo freddo

Areazione: Adeguata Insufficiente Assente

Pavimento:

Scivoloso	SI	NO	Con presenza di dossi	SI	NO	Moquette		Linoleum
Presenza di buche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facilmente lavabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parquet	<input type="checkbox"/>	Altro

Pareti:

Intonacate	SI	NO	Tinte di chiaro	SI	NO
Con crepe, fessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superfici Lavabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scale:

Scivolose	SI	NO	Con gradini rotti	SI	NO
Pericolose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con protezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finestre:

Apribili	SI	NO	Altezza da terra più 1 m	SI	NO	Pericolose	SI	NO
Vetri Termici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vetri antisfondamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orario di lavoro: Giornaliero 2 rientri Più di 2 rientri Altro

QUADRO B	USO DI ATTREZZATURE MUNITE DI VDT
-----------------	--

Uso di attrezzature munite di VDT: SI NO

Numero di ore settimanali di utilizzo del VDT:

Se il numero effettivo di ore settimanali di uso del VDT è maggiore di 20 compilare l'apposito Questionario per i lavoratori che utilizzano il videoterminale (Allegato 1)

Barrare in caso di compilazione dell'Allegato 1

QUADRO C	ESPOSIZIONE A MOVIMENTAZIONE DI CARICHI
-----------------	--

L'attività comporta la movimentazione manuale di carichi: NO
 SI fino a kg:.....

Frequenza di sollevamento:

Sono utilizzati dispositivi di sollevamento: SI NO

Modalità operative:

.....

.....

QUADRO D	ESPOSIZIONE AD AGENTI FISICI
-----------------	-------------------------------------

L'attività lavorativa comporta esposizione a:

	SI	NO		SI	NO
Rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiofrequenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultravioletto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrarosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultrasuoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, specificare:		

.....

QUADRO E	LAVORI IN PARTICOLARI CONDIZIONI AMBIENTALI
-----------------	--

	SI	NO		SI	NO
Celle fredde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavori in altezza (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavori in oscurità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavori subacquei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavori all'aperto (**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camere bianche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro (specificare):

.....

.....

(*) Si intendono "lavori in altezza" le attività che comportano manovre in postazioni elevate.

(**) Si intendono per "lavori all'aperto" quelle campagne di monitoraggio o campionamento o comunque attività che obbligano il personale a stazionare all'aperto in modo continuo per periodi significativi del tempo/lavoro.

QUADRO F1	RADIAZIONI IONIZZANTI
------------------	------------------------------

L'attività lavorativa comporta esposizione a radiazioni ionizzanti: SI NO
Se SI, classificazione radioprotezione: Cat.A Cat.B Non esposto

QUADRO F2	USO DI SORGENTI IONIZZANTI NON SIGILLATE
------------------	---

L'attività lavorativa comporta esposizione a radiazioni ionizzanti: SI NO

Se SI, classificazione radioprotezione: Cat.A Cat.B Non esposto

QUADRO G	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE UTILIZZATI
-----------------	---

Specificare a fianco:

- Dispositivi di protezione della testa:
- Dispositivi di protezione dell'udito:
- Dispositivi di protezione degli occhi e del viso:
- Dispositivi di protezione delle vie respiratorie:
- Dispositivi di protezione delle mani e delle braccia:
- Dispositivi di protezione dei piedi e delle gambe:
- Dispositivi di protezione della pelle:
- Dispositivi di protezione del tronco e dell'addome:
- Dispositivi di protezione dell'intero corpo:
- Indumenti di protezione:
- Altro:

QUADRO H	SISTEMI DI ASPIRAZIONE NEI LABORATORI FREQUENTATI
-----------------	--

- Assenti Presenti Al banco/cappa Nei locali Cappe a flusso laminare
- Altro (specificare):

Sono stati compilati i seguenti quadri:

- A A1 B C D E F1 F2 G H I L1 L2 M
- Allegato 1

Data

Firma del lavoratore

Firma del Responsabile del
Centro di Spesa

.....

.....

Struttura: _____

Scheda individuale di:

Quadro I	USO DI AGENTI BIOLOGICI
----------	-------------------------

Attività:

.....
.....
.....
.....
.....

Agente	Gruppi di rischio (D.Lgs. 626/94)				Esposizione		Frequenza di manipolazione	
	1	2	3	4	Diretta (*)	Indiretta (**)	Frequenza ¹	Durata ²

- (*) Si intende per esposizione diretta quella dovuta ad impiego **deliberato e diretto** dell'agente biologico.
- (**) Si intende per esposizione indiretta quella determinata da potenziale presenza dell'agente biologico del materiale manipolato
- 1** **Frequenza:** **g** = giornaliera; **s** = settimanale; **m** = mensile; **a** = altro (specificare)
- 2** **Durata:** indicare la durata dell'operazione di manipolazione della sostanza es.: pochi secondi, qualche minuto, 15 minuti, etc..

Modalità operative:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

N.B.: Se necessario, integrare la tabella con fogli aggiuntivi.

Attività:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sostanza	Classe ¹	Frase di Rischio ²	Quantità utilizzata per manipolazione ³	Frequenza di manipolazione		Stato fisico ⁶
				Frequenza ⁴	Durata ⁵	

- 1 Classe di pericolosità: T, Xn, Xi, etc..
- 2 Frase di rischio: R39/27, R40, R26/28, R 23–36/37; etc..
- 3 Indicare il quantitativo minimo e/o massimo di utilizzo per ogni singola operazione.
- 4 Frequenza: g = giornaliera; s = settimanale; m = mensile; a = altro (specificare)
- 5 Durata: indicare la durata dell'operazione di manipolazione della sostanza es.: pochi secondi, qualche minuto, 15 minuti, etc..
- 6 Stato fisico della sostanza: G = gas; A = aerosol; L = liquido; S = solido; P = polvere.

Modalità operative:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

N.B.: Se necessario, integrare la tabella con fogli aggiuntivi.

Attività:

.....

.....

.....

.....

.....

Agente chimico	Quantità utilizzata per manipolazione ¹	Frequenza di manipolazione		Stato fisico ⁴
		Frequenza ²	Durata ³	

- 1 Indicare il quantitativo minimo e/o massimo di utilizzo per ogni singola operazione.
- 2 Frequenza: **g** = giornaliera; **s** = settimanale; **m** = mensile; **a** = altro (specificare)
- 3 Durata: indicare la durata dell'operazione di manipolazione della sostanza es.: pochi secondi, qualche minuto, 15 minuti, etc..
- 4 Stato fisico della sostanza: **G** = gas; **A** = aerosol; **L** = liquido; **S** = solido; **P** = polvere.

Modalità operative:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N.B.: Se necessario, integrare la tabella con fogli aggiuntivi.

Attività:

.....

.....

.....

.....

Sostanza	Classe ¹	Frase di Rischio ²	Quantità utilizzata per manipolazione ³	Frequenza di manipolazione		Stato fisico ⁶
				Frequenza ⁴	Durata ⁵	

- 1** Classe di pericolosità: T, Xn, Xi, etc..
- 2** Frase di rischio: R 45; R 46; R 49.
- 3** Indicare il quantitativo minimo e/o massimo di utilizzo per ogni singola operazione.
- 4** Frequenza: g = giornaliera; s = settimanale; m = mensile; a = altro (specificare)
- 5** Durata: indicare la durata dell'operazione di manipolazione della sostanza es.: pochi secondi, qualche minuto, 15 minuti, etc..
- 6** Stato fisico della sostanza: G = gas; A = aerosol; L = liquido; S = solido; P = polvere.

Modalità operative:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N.B.: Se necessario, integrare la tabella con fogli aggiuntivi.

Data

Firma del lavoratore
per presa visione

.....

Firma del Responsabile del
Centro di Spesa

.....

QUESTIONARIO PER I LAVORATORI CHE UTILIZZANO IL VDT

per una corretta valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D.Lg. n. 626/94

GENERALITÀ

Scheda individuale di:

Indirizzo della sede di lavoro:

Tipo di lavoro svolto con il VDT:
.....
.....

Mansioni svolte senza il VDT:
.....
.....

Orario di lavoro giornaliero:

Ore medie giornaliere di lavoro con VDT:

Ore complessive settimanali di lavoro con VDT:

QUESTIONARIO PER I LAVORATORI CHE UTILIZZANO IL VDT

per una corretta valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D.Lg. n. 626/94

POSTAZIONE DI LAVORO

SPAZIO a DISPOSIZIONE sulla SUPERFICIE di LAVORO: sufficiente del tutto insufficiente

LEGGIO PORTADOCUMENTI non serve mi serve, ma non c'è c'è e lo uso, è stabile e regolabile c'è, mi serve, ma è poco stabile e/o non regolabile

POGGIAPIEDI non serve mi servirebbe, ma non c'è c'è e lo uso

RIFLESSI sullo SCHERMO no occasionalmente sempre presenti

SEDIA

sedile regolabile in altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
il sedile è stabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
schienale regolabile in altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
schienale regolabile in inclinazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

TAVOLO

è possibile digitare la tastiera appoggiando le braccia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
l'altezza è adeguata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
la superficie non è riflettente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

LAMPADA da TAVOLO: non serve mi serve, ma non c'è c'è, la uso, ed è adeguata c'è, mi serve, ma la luce non è adeguata

NOTE:

.....

.....

QUESTIONARIO PER I LAVORATORI CHE UTILIZZANO IL VDT

per una corretta valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D.Lg. n. 626/94

ATTREZZATURA DI LAVORO

MONITOR non regolabile regolabile in altezza regolabile in inclinazione regolabile in rotazione

TIPOLOGIA CARATTERI dello SCHERMO	ben definiti, stabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	chiaramente leggibili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	sfuocati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	troppo piccoli o troppo affollati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	sfarfallano o sono instabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

REGOLABILITÀ dello SCHERMO	contrasto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	luminosità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	colore dei caratteri (via software)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	colore dello sfondo (via software)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

NOTE:

.....

.....

Data di compilazione

Firma del compilatore